Aus der Chirurgischen Universitätsklinik zu Breslau.
(Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Küttner.)

# Beitrag zur Kasuistik der perirenalen Cyste.

## Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

David Seid.

Breslau 1921.
Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Küttner.

Es handelt sich um ein seltenes Krankheitsbild, das sich pathologisch-anatomisch hauptsächlich im Nierenbett abspielt.

Diese sogenannte perirenale Cyste ist in der Literatur wenig bekannt; soweit sie dem Verfasser zugänglich war, konnte er aus derselben 5 von Malherbe, Kirmisson, Albaran, Minkowski, Hildebrand und Koch veröffentlichte Fälle anführen.

Über die Ätiologie dieser perirenalen Cysten sind die Ansichten geteilt. Minkowski und Kirmisson verlegen die Entstehung derselben innerhalb des Kapselraumes und zwar zwischen die Kapsel und Nierensubstanz. Durch Flüssigkeitsausscheidung der Niere kommt gewissermaßen eine Dekapsulation zustande. Die Ursache sieht Minkowski in paroxysmalen Kongestionen, wie sie im Gefolge der chronischen Nierenentzündung, begleitet von Ödembildung und Transsudation, auftreten.

Im Gegensatz zu diesen Autoren nimmt Coenen an, daß die perirenalen Cysten aus einem ehemaligen perirenalen Hämatom zustande kommen, welche auf der Basis von Tuberkulose, Arteriosklerose der Nierengefäße und besonders häufig nach chronischer Nephritis entstehen. Entweder tritt das Blut durch einen Riß in der Kapsel aus oder infolge von Diapedese. Diesen letzten Zustand bezeichnet Coenen als Perinephritis haemorrhagica analog der Pachymeningitis haemorrhagica.

Die Kapselwand bildet sich sekundär aus reaktiver Entzündung um das Hämatom sowie aus organisiertem Fibrin und Blutfarbstoff. Der wässerige Inhalt entsteht bei

längerem Bestehen des Hämatoms dadurch, daß Blutkörperchen niedergeschlagen werden, der Blutfarbstoff ausgelaugt wird und außerdem Gewebsflüssigkeit hinzutritt.

Diese Fälle sind also extrakapsulär.

Pathologisch-anatomisch weist die angehörige Niere meist das Bild einer chronischen Nephritis auf. Die Wand des Cystensackes hat auf der Innenfläche ein schleimhautartiges Aussehen und besteht aus kernarmen gleichgerichtetem Bindegewebe.

Der Inhalt besteht aus Blut, seröser Flüssigkeit, Lymphflüssigkeit, vielleicht auch etwas Urin. Klinisch bietet die perirenale Cyste ein Bild dar, das sehr schwer zu deuten ist und keine sichere Diagnose stellen läßt. Es treten plötzlich heftige Schmerzen in der Nierengegend auf, der Urin kann verändert sein, er kann aber auch unverändert bleiben oder einen geringen Gehalt von Eiweiß aufweisen. Im Bauch wird ein schmerzhafter Tumor bemerkbar, der wenig verschieblich ist und verschieden groß sein kann.

Differentialdiagnostisch kommen Hydronephrose, perirenales Hämatom, Nierentumor, Aneurysma der Nierenarterie, Nebennierenblutcyste, paranephritischer Abszeß und Ovarial- oder Parovarialcyste in Betracht.

Nur die mikroskopische Untersuchung nach der Operation oder Autopsie kann einen richtigen Aufschluß geben. Therapeutisch kommt nur ein chirurgischer Eingriff in Frage, entweder Spaltung und Einnähen des Sackes mit Tamponade oder Exstirpation mit der angehörigen Niere.

Die Prognose dieser Krankheit ist günstig.

Als kasuistischer Beitrag zu den bereits veröffentlichten Fällen von perirenaler Cyste berichtet Verfasser über einen Fall, der im Allerheiligen-Hospital zu Breslau zur Beobachtung gelangte und durch Operation (Geh. San.-Rat Prof. Dr. Asch) geheilt wurde. Es handelt sich um eine linke hydronephrotisch entartete Niere, welche in einem cystenartigen Sacke eingelagert war. Als Entstehungsursache für die Hydronephrose ist die Nephritis oder eine Dystrophie

der Niere anzunehmen. Während die Struktur der Niere noch histologisch erkennbar war, zeigte sich die äußere Cystenwand als Reaktionsprodukt eines wahrscheinlich vor Jahren stattgefundenen Entzündungs- oder Blutungsprozesses im Nierenbett.

Die Ätiologie dieser Cyste ist unklar. Das klinische Bild in unserem Falle entspricht sowohl der Minkowski-Friedrichschen als der Coenenschen Theorie. Auf Grund des makroskopischen wie auch des mikroskopischen Befundes müssen wir annehmen, daß es sich hier um ein „Hygroma renis extracapsulare" (Ponfick) handelt. Ob dasselbe auf der Basis einer Blutung (Coenen) oder infolge von Austritt von Gewebsflüssigkeit (Minkowski) entstanden ist, läßt sich nicht sicher entscheiden. Das Fehlen sowohl von noch erkennbaren freien Blutkörperchen als auch von Blutpigment, dem Organisationsprodukt desselben, spricht gegen die Annahme einer Blutung. Das überall in der Cystenwand nachweisbare Auftreten von kleinzelliger Infiltration würde eher dem Entzündungsmodus entsprechen und mithin würde auch der flüssige Inhalt als durch Entzündung entstanden anzunehmen sein.

Der Verfasser zieht den Schluß, daß auch dieser Fall die Ätiologie der Krankheit nicht völlig klärt und daß daher jeder weitere kasuistische Beitrag zur Aufhellung dieser Frage berechtigt ist.